

Jongeren en alcohol: beleid helpt

Henk Garretsen en Henk Rigter*

Drinken onder jongeren is lang niet altijd onschuldig, blijkt uit de andere artikelen in dit nummer. Waar de volksgezondheid in het geding is hoort de overheid in actie te komen, zo vinden velen. Maar wat kan de overheid doen? Welke maatregelen werken, dat wil zeggen, beperken alcoholproblematiek? Wij vatten hier samen wat daarover bekend is. Ook bespreken wij het feitelijke beleid in Nederland voor zover gericht op jongeren. Boodschap: de mate van drinken onder jongeren kan worden teruggedrongen.

Inleiding

Bij het alcoholbeleid zijn verschillende overheden van belang, met name het Rijk en gemeenten. Veel ministeries zijn bij het alcoholbeleid betrokken, onder regie van VWS. Dit beleid heeft verschillende doelen: preventie van gezondheidsschade, zorg dragen voor behandelvoorzieningen, vermindering van overlast. Wij beperken ons hier tot preventie. Preventie is veelvormig. Bij universele preventie is een maatregel bedoeld voor alle jongeren, bij selectieve preventie voor een kwetsbare deelgroep (bijv. spijbelaars) en bij geïndiceerde preventie heeft de doelgroep reeds klachten vanwege hun drinkgedrag. Een overheid kan proberen het peil van alcoholconsumptie universeel, dus onder alle jongeren, te verlagen. Die wens kan voortkomen uit morele overtuiging. Of uit het besef dat een brede aanpak ook doel treft bij een kleinere probleemgroep (die overigens groter en groter kan worden bij te veel toegeeflijkheid). Of een overheid kan selectiever te werk willen gaan. In westerse landen kiezen overheden doorgaans voor een gecombineerde aanpak; zo is het ook in Nederland.

* Prof. dr. H. Garretsen is hoogleraar gezondheidszorgbeleid en voorzitter van Tranzo bij de Universiteit van Tilburg.

Dr. H. Rigter is als internationaal projectleider werkzaam bij Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, te Rotterdam. E-mail: hrigter@wanadoo.nl.

Bij alcoholbeleid zijn verschillende partijen betrokken. Behalve overheden zijn dit nationale instituten voor onderzoek en voorlichting, zoals CBS, TNO en RIVM. Maar ook het Trimbos-instituut, het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering (NIGZ), de Stichting Alcoholpreventie (STAP) en, op het gebied van de verkeersveiligheid, de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) en 3VO. Dan zijn er de producenten en de horecabranche. Zij financieren mede de 'Bob'-campagne: je mag drinken maar de bestuurder moet nuchter blijven (Dekker, 2006).

Hoofdpijnen van het alcoholbeleid van de rijksoverheid

Doel is om schadelijk alcoholgebruik te voorkomen en terug te dringen. Aandachtspunten zijn jongeren, gezin, werk, verkeer en uitgaansleven. Streven is dat jongeren niet voor hun zestiende gaan drinken en dat ze daarna minder drinken dan nu het geval is. Ontwikkeling van afhankelijkheid van alcohol (verslaving) moet worden tegengegaan en alcohol moet minder schade aanrichten in gezin, werk, verkeer en uitgaansleven (zie www.minvws.nl). Het pakket aan maatregelen omvat wetgeving, bevordering van zelfregulering en zorgverlening, en voorlichting.

Volgens de huidige bepalingen mag een bestuurder van een voertuig niet meer alcohol in zijn bloed hebben dan 0,5 promille - zeg twee glazen - of 0,2 promille als het rijbewijs nog geen vijf jaar geleden is behaald. Verstoring van de openbare orde door dronkenschap is strafbaar. Zwak-alcoholische dranken ($\leq 15\%$) mogen alleen verkocht worden aan personen van zestien jaar en ouder, en sterke drank ($> 15\%$) aan personen van achttien jaar en ouder.

Nederland in internationaal perspectief

Nederlanders lijken vrij tolerant te staan tegenover het gebruik van alcohol door jongeren. Als kinderen twaalf of dertien zijn, vindt bijna 40% van de ouders in Nederland dat drinken op feestjes met vrienden prima is. Bij veertien en vijftien jaar vindt 65% dit (Vet & Van den Eijnden, 2007). Van inwoners van de Europese Unie was kortgeleden 87% voorstander van een verbod op de verkoop van alcohol aan jongeren onder de achttien jaar. Nederlanders scoorden het laagst: 61% was voorstander van zo'n verbod (Eurobarometer, 2007).

Toch wijkt het beleid van de Nederlandse overheid niet erg af van dat in andere Europese landen, volgens een vergelijking voor 1950 en 2000. Er werd een onderscheid gemaakt in landen met respectievelijk een weinig, een gemiddeld en sterk restrictief alcoholbeleid. In 1950 werd Nederland geclassificeerd als gemiddeld restrictief, in 2000 als

gemiddeld/sterk. Een recenter onderzoek vergeleek dertig landen uit de hele wereld. Nederland hoorde tot de landen met een verhoudingsgewijs minder restrictief beleid (Brand e.a., 2007).

Typen beleid

Beleid kan verschillende vormen aannemen. Het kan gericht zijn op de beperking van *a* het aanbod van alcohol ('supply reduction'), *b* de vraag naar alcohol ('demand reduction'), en *c* de schade en andere problemen die met drinken samenhangen ('harm reduction').

BEPERKING VAN HET AANBOD

De meest verregaande vorm van aanbodbeperking is drooglegging, een totaalverbod op de verkoop van alcohol. Minder radicaal zijn aanpassing van winkeltijden en vermindering van het aantal plaatsen waar alcohol verkocht mag worden. Aanbodbeperking wordt ook bereikt door prijsverhogingen en door het hanteren van leeftijdsgrenzen voor aankoop en horecabezoek. Drooglegging buiten beschouwing gelaten, sorteert dit type maatregelen effect, want de gemiddelde alcoholconsumptie gaat omlaag en het aantal excessieve drinkers daalt (Bruun e.a., 1975; Makela e.a., 1981; Edwards e.a., 1994; Room, 2005; British Medical Association, 2008).

BEPERKING VAN DE VRAAG

Een veel gebruikt middel bij vraagbeperking zijn massamediale campagnes. Hun doel kan variëren van het plaatsen van het onderwerp op de maatschappelijke agenda en het geven van voorlichting tot daadwerkelijke beïnvloeding van het denken over alcohol en van drinkgedrag. Dat eerste (agenderen, voorlichten) wil nog wel lukken, maar er is weinig bewijs voor een duidelijk of duurzaam effect van campagnes op het drinken zelf (British Medical Association, 2008; Room, 2005). Dat voorlichting op zich niet genoeg is om gedrag te veranderen, wil niet zeggen dat er geen campagnes meer uitgevoerd moeten worden. Mensen hebben recht op informatie, en voorlichting kan een rol spelen bij het kweken van begrip voor weinig populaire maatregelen (bijv. verkeerscontroles). Bovendien kunnen massamediale campagnes de bekendheid vergroten met mogelijkheden van hulpverlening (Garretsen, 2001; Garretsen & Van de Goor, 2004). Een andere benadering voor vraagbeperking zijn schoolpreventieprogramma's (zie verder).

BEPERKING VAN SCHADE EN OVERLAST

Beleid met als inzet 'harm reduction' probeert de negatieve gevolgen van drinken af te zwakken: gevolgen voor de drinker zelf (bijv. ziekte en ongevallen), voor diens naaste omgeving (bijv. ontwrichting van het gezin) en voor de samenleving als geheel. Voorbeelden van dit beleid zijn maatregelen tegen rijden onder invloed, cursussen voor horecapersoneel en politiesurveillance in het uitgaansleven. Dit soort zaken kunnen helpen. Zo kunnen rijden onder invloed en de daarmee samenhangende schade worden teruggedrongen (Plant e.a., 1997; British Medical Association, 2008). Niet al die maatregelen zijn speciaal bedoeld voor jongeren, maar ze hebben ook bij hen effect.

Enkele vormen van beleid nader bezien

Wij bespreken in het kort *a* inperking van verkooptijden/verkoopplaatsen, *b* hanteren van leeftijdsgrenzen, en *c* schoolpreventieprogramma's.

BEPERKEN VAN VERKOOPTIJDEN/PLAATSEN

Het gaat hier om vermindering van het aantal openingsuren van gelegenheden waar drank te koop is en van de hoeveelheid verkooppunten. In de Verenigde Staten en Scandinavië is dit uitgebreid bestudeerd. Er werd succes geboekt: alcoholgebruik en aan drinken gerelateerde problematiek namen af (Plant & Plant, 2006; Room e.a., 2005; British Medical Association, 2008; Babor e.a., 2003; Room, 2002). Dit was in het algemeen zo, maar hoe zit het met jongeren? Daar is diepgaand naar gekeken in het Verenigd Koninkrijk (Ogilvie e.a., 2005). Als jongeren minder makkelijk alcohol konden kopen, daalde de consumptie van drank. Het moest wel gaan om zaken die verschil uitmaakten. Maatregelen in de marge - enige aanbodbepierking bij ruim aanbod - haalden niet veel uit.

LEEFTIJDGRENZEN

Het stellen van leeftijdsgrenzen heeft naar alle waarschijnlijkheid invloed op drinkgedrag. Er zijn landen die de leeftijdsgrens voor drinken of het kopen van drank door jongeren hebben opgetrokken. Vervolgens is er gekeken wat er gebeurde. In de Verenigde Staten bestaan er sterke aanwijzingen dat verhoging van de bedoelde twee leeftijdsgrenzen de alcoholconsumptie onder jongeren heeft doen afnemen (Saffer & Grossman, 1987).

In breder internationaal verband bestaat er bewijs dat het optrekken van leeftijdsgrenzen leidt tot minder aan alcohol te wijten ongevallen in het verkeer en elders (British Medical Association, 2008; Babor e.a.,

2003; Ogilvie e.a., 2005). Andersom resulteert verlaging van de leeftijdgrens om alcohol te mogen kopen in meer drinken en meer verkeersongevallen (Smart & Goodstadt, 1977).

ALCOHOLVOORLICHTING OP SCHOLEN

Preventie van drinken onder jongeren luistert nauw. Er zijn vele pogingen ondernomen, maar in slechts een fractie daarvan werd probleemdrinken enigszins voorkomen (Foxtroft e.a., 2007; Giesbrecht, 2007). Van alle preventieve interventies zijn schoolprogramma's het meest gangbaar en het vaakst bestudeerd, zij het lang niet altijd goed (voor overzicht zie Rigter, 2006). De betere schoolprogramma's, zoals in ons land 'De gezonde school en genotmiddelen', zorgen voor uitstel van eerste consumptie van alcohol en - als dit gebruik toch aanbreekt - voor vermindering ervan. Het effect is niet al te groot; als regel houdt het hooguit een paar jaar stand (Plant & Plant, 2006; Babor e.a., 2003; Tobler & Stratton, 1997; Wright, 2000; Reuter, 2001; Canning e.a., 2004; McGrath e.a., 2006).

Hoewel schoolprogramma's ook geld besteden aan jongeren die geen interventie nodig hebben doordat ze toch al niet van plan waren te gaan drinken, zijn ze naar verhouding kosteneffectief. De schijnbare paradox van vrij geringe effectiviteit en dan toch grote kosteneffectiviteit is verklaarbaar: zo'n programma levert gemiddeld per jongere weinig op aan beperking van middelengebruik maar bereikt hen in grote aantallen tegen lage kosten. Daardoor is de optelsom van kleine beetjes gunstig in termen van kosteneffectiviteit. Met andere woorden: goede schoolprogramma's zijn doelmatig.

Een schoolprogramma vraagt om een stevige basis. Het hoeft geen eenheidsworst te zijn, maar een programma moet wel voldoen aan minimale maatstaven. Het is moeilijk om blijvend aan die maatstaven te voldoen bij kleinschalige of kortdurende inspanningen (Rigter, 2006). Het programma moet niet afschrikken maar interactief zijn, dus met betrokkenheid van de leerlingen.

Tot besluit

Alcoholbeleid kan beperking inhouden van aanbod en vraag en tevens schadebeperking ('harm reduction') omvatten. Maatregelen gericht op aanbod en schade zetten zoden aan de dijk. Minder duidelijk is dit voor vraagbeperking. Toch is de maatschappelijke steun voor preventie (vraagbeperking) groter dan voor vermindering van aanbod. Preventie kan alleen helpen als deze goed uitgevoerd wordt en in breder kader geplaatst wordt. Vooral in de Verenigde Staten zijn wijkprogramma's opgezet waarin de verschillende soorten maatregelen

werden gecombineerd. Het is geen gemakkelijke aanpak maar wel een werkwijze die perspectief biedt. Nederland kent dat soort programma's nog nauwelijks.

In het kader presenteren wij een voorbeeld (voor literatuur zie Rigter, 2006). Een voorbeeld dat wat ons betreft navolging verdient.

Communities Trials Project: een wijkgerichte aanpak van alcohol

Het Amerikaanse Communities Trials Project biedt een goede illustratie van wat een wijkgerichte benadering vermag. De onderzoekers zochten lokale steun, niet bevoogdend maar in de - correct gebleken - veronderstelling dat plaatselijke bewoners, werkers en instanties bruikbare ideeën hebben en een goed gevoel voor de te kiezen prioriteiten. Acties betroffen onder meer:

- strenger toezicht op rijden onder invloed (met medewerking van de politie);
- training van horecapersoneel in verantwoord schenken;
- instructie van winkeliers en horecapersoneel om verkoop van alcohol aan minderjarigen te voorkomen (op geleide van een identificatieplicht);
- een verzoek aan de politie om daarop te controleren en voorlichting aan ouders hoe op het aankoop- en feestgedrag van hun kinderen toe te zien;
- druk op de lokale overheid om het aantal verkooppunten van alcohol te beperken.

De pers werd ingeschakeld om dit alles van commentaar te voorzien en te ondersteunen. Zo werden uitkomsten van politieacties gepubliceerd.

Het programma werkte. Drie gemeenschappen (met elk ongeveer honderdduizend inwoners) die dit samenstel aan interventies doorvoerden, deden het beter dan drie andere gemeenschappen. Het programma nam meer dan twee jaar in beslag, met daarna nog een jaar waarin de opbrengsten werden geregistreerd. Na afloop van het programma lag de frequentie van zwaar drinken en van rijden onder invloed in de experimentele gemeenschappen lager dan in de controleconditie.

Het aantal aan drinken gerelateerde verkeersongevallen daalde met 10% per jaar, vergeleken met de controlegemeenschappen. Dit bleef niet beperkt tot jongeren. De eerstehulpafdelingen van ziekenhuizen kregen in de experimentele gemeenschappen 43% minder gevallen te zien van verwondingen door geweld dan in

de controleconditie. In de experimentele gemeenschappen daalde het aantal verkooppunten van alcohol aan jongeren binnen een jaar met 30%, tegen 12% in de controlegemeenschappen. Elke dollar investering in het programma leverde naar schatting 2,9 dollar besparing op. Nadat het onderzoek was gestopt, wilden de experimentele gemeenschappen op eigen kracht met het programma doorgaan.

Literatuur

- Babor, T., Caetano, R., & Casswell, S., e.a. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford: Oxford University Press.
- Brand, D.A., Saisana, M., Rynn, L.A., Pnani, F., & Lowenfels, A.B. (2007). Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLOS Magazine*, 4, 752-759.
- British Medical Association (2008). *Alcohol misuse: tackling the UK epidemic*. British Medical Association.
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Makela, K., Pan, L., e.a. (1975). *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies/Ontario: Addiction Research Foundation.
- Canning, U., Miljard, L., Rai, T., e.a. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Londen: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Dekker, E. (2006). *Beleid onder invloed. Alcoholpreventiebeleid in Nederland*. Utrecht: STAP.
- Edwards, G., P. Anderson, T.F. Babor e.a. (1994). *Alcohol policy and the public good*. Oxford: University Press.
- Eurobarometer (2007). *Attitudes towards alcohol*. Brussels: European Commission.
- Foxcroft, D., Ireland, D., & Lister-Sharp, D.J., e.a. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Garretsen, H.F.L. (2001). Dutch alcohol policy developments: the last decades and present state of affairs. *Medicine & Law*, 20, 301-311.
- Garretsen, H.F.L., & Goor I. van de (2004). Towards evidence-based policy. In R. Müller, H. Klingemann (Eds.), *From science to action? 100 Years later - alcohol policies revisited* (pp. 141-151). Deventer: Kluwer Academic Publishers.
- Giesbrecht, N. (2007). Reducing alcohol-related damage in populations: rethinking the roles of education and persuasion interventions. *Addiction*, 102, 1345-1349.
- Makela, K., Room, R., Single, E., Sulkunen, P., & Walsh, B. (1981). *Alcohol, society and the state, Pt. I and II*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews. Evidence briefing update*. Londen: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Ogilvie, D., Gruer, L., & Haw, S. (2005). Young people's access to tobacco, alcohol and other drugs. *British Medical Journal*, 331, 193-196.
- Osterberg, E., & Karlsson, T. (Eds.) (2002). *Alcohol policies in EU member states and Norway*. Helsinki: European Commission and States.

- Plant, M., Single, E., & Stockwell, T. (1997). *Alcohol, minimizing the harm: what works*. London/New York: Free Association Books.
- Plant, M.A., & Plant, M.L. (2006). *Binge Britain: alcohol and the national response*. Oxford: Oxford University Press.
- Reuter, P. (2001). Why does research have so little impact on American drug policy? (Editorial.) *Addiction*, 96, 373-376.
- Rigter, H. (2006). *Cannabis. Preventie en behandeling bij jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ritter A., & Cameron J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug & Alcohol Review*, 25, 611-624.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519-530.
- Room, R. (2000). *Preventing alcohol problems: popular approaches are ineffective, effective approaches are politically impossible*. (Presentation: National conference on alcohol policy, Scheveningen, 28 september.)
- Room, R. (Ed.) (2002). *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Saffer, H., & Grossman, M. (1987) Beer taxes, the legal drinking age, and youth motor vehicle fatalities. *Journal of Legal Studies*, 16, 351-374.
- Smart, R., & Goodstadt, M. (1977). Effects of reducing the legal alcohol-purchasing age on drinking and drinking problems: a review of empirical studies. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 1313-23.
- Tobler, N., & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Vet, R., & Eijnden, R. van den (2007). *Het gebruik van alcohol door jongeren en de rol van ouders: resultaten van twee metingen*. Rotterdam: IVO.